66803

1903

Über die vorzeitige Ablösung der normal sitzenden Placenta.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der

Doktorwürde in der Medizin und Chirurgie,

welche

mit Genehmigung der hohen medicinischen Fakultät

der

vereinigten Friedrichs-Universität Halle-Wittenberg

am

Donnerstag, den 12. März 1903, Mittags 12 Uhr,

öffentlich vortragen wird

Curt Grulich

approb. Arzt

aus Halle a. Saale.

Halle a. S.
Druck von Wischan & Wettengel,
1903.

Gedruckt mit Genehmigung der medizinischen Fakultät der Universität Halle.

Referent: Professor Dr. Bumm.

v. Mering,
d. z. Decan.

Meinen lieben Eltern

in Dankbarkeit gewidmet.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153306_0134

Nach einer Angabe Goodells kam unter 22498 Geburten in Guy's Hospital drei, und unter 156000 Geburten im Dubliner Lyingin Hospital kein einziger Fall von vorzeitiger Ablösung der normal sitzenden Placenta vor, ja die Existenz dieser Geburtsanomalie wurde seiner Zeit von du Boivin und Lachapelle überhaupt geleugnet.

Und es wäre erfreulich, wenn die angegebenen Daten aus den englischen Gebärhäusern allgemeine Giltigkeit hätten, denn die Sterblichkeit ist bei vorzeitiger Ablösung der normal sitzenden Placenta eine ungemein hohe. Blieben doch von 107 Kindern (darunter 9 unter dem 7. Monat) nur 6 am Leben, von denen noch dazu eins durch Sectio caesarea gerettet werden musste, während von den 106 Müttern nur 52 das Leben erhalten werden konnte. Gewiss eine wenig günstige Statistik, die noch dadurch eine Trübung erfährt, dass von den am Leben gebliebenen Müttern einige erst nach sehr langer Zeit, andere nie sich vollkommen von den Folgen der schweren Anämie erholen konnten.

Was die Aetiologie dieser für die Geburtshilfe infolge ihrer hohen Gefährlichkeit so wichtigen Schwangerschaftskomplikation anlangt, so ist noch immer nicht das herrschende Dunkel gelichtet worden. Traumen, psychische Erregungen, Kürze der Nabelschnur, Hydramnion, Nephritis, Endometritis decidualis, Morbus Basedowi, Syphilis werden für die vorzeitige Lösung verantwortlich gemacht, doch trifft oft genug kein einziges der angeführten Momente zu, die Aetiologie bleibt unklar.

Brauns giebt in seiner Arbeit („Über die vorzeitige Lösung des Placenta vom normalen Sitz in den letzten

Monaten der Schwangerschaft". Inaug.-Dissert. Marburg 1893) einen Überblick über 52 Fälle, die in der Litteratur beschrieben sind. Unter diesen findet sich 13mal als Ursache Trauma angegeben, in 18 Fällen soll Nephritis, 4mal psychische Erregung, je einmal Morbus Basedowi und Kürze der Nabelschnur die vorzeitige Ablösung verschuldet haben, während bei 15 Fällen kein Grund dafür angegeben ist.

Ob nun wirklich in allen den Fällen, in denen einem Trauma an der Geburtskomplikation Schuld gegeben wird, sei es Stoss, Fall oder schweres Heben, dies die Ursache der vorzeitigen Placentarlösung ist, bleibt fraglich. Jedenfalls liesse sich dagegen einwenden, dass in so ausserordentlich seltenen Fällen direkt auf die äussere Einwirkung eine Ablösung der Nachgeburt erfolgt, fast stets vergehen erst Tage.

Fehling (Arch. f. Gynäk. 1885 41) machte zuerst darauf aufmerksam, dass bei Nephritis in der Gravidität sich meist eine auffallende Veränderung der Placenten vorfinde. Dieselben waren meist bedeutend kleiner, als sie sonst an dem entsprechenden Schwangerschaftstermin zu sein pflegen, und es fanden sich in ihnen zahlreiche Knotenbildungen, die nach Ackermann benannten weissen Infarkte, nekrotische Herde, in denen deciduale und foetale Gewebsteile der Placenta untergegangen sind. Die Gestalt dieser Infarkte variiert; oft sind sie keilförmig, bald rundlich und enthalten Vacuolen. Nach Ansicht von Langhaus (Arch. f. Anat. u. Entwicklungsgesch. 1877 S. 214) bestanden diese Infarkte aus kanalisiertem Fibrin, in denen Deciduazellen, Blutextravasate und zu Grunde gegangene Zotten eingeschlossen sind. Nach Cohn und Kuestner hält man sie für Coagulationsnekrosen und Thrombosen der intervillösen Räume. Ihre Ursache dürfte in endometritischen Processen beruhen, die ihrerseits Erkrankungen der Mutter wie Anämie, Phthise und Nephritis als Aetiologie haben.

Winter wies dann auf eine Beziehung zwischen Nephritis und vorzeitiger Ablösung der Placenta hin. Er veröffentlichte 3 Fälle, von denen 2 Frauen an Nephritis gravidarum, eine an Nephritis parenchymatosa chronica erkrankt war; ausserdem fand sich bei letzterer noch Hydramnion. In allen 3 Fällen war der Mutterkuchen stark verdünnt und abgeplattet mit fest anhaftenden Blutcoagulis bedeckt.

Traumen schliesst Winter als ätiologisches Moment in seinen Fällen aus, glaubt vielmehr in der Nephritis die Ursache gefunden zu haben.

Gleiche Beobachtungen über das Zusammentreffen von Nephritis und vorzeitiger Placentarlösung machten dann auch Löhlein, Veit, Schrader und andere.

Acht Fälle konnte dann v. Weiss beobachten und zwar sind in dieser Veröffentlichung (Arch. f. Gyn. 1894 S. 256) nicht nur die Angaben über den Verlauf der Fälle, sondern auch über die genaue mikroskopische Untersuchnng der Placenta, bei Fällen mit tödlichem Verlauf auch über den Uterus vorhanden. Was hier zunächst das Verhältnis einer Nierenerkrankung zu der Geburtsanomalie anlangt, so fand sich bei drei Fällen im Urin Eiweiss, zweimal ergaben sich bei der Section an den Nieren Veränderungen, während bei den restierenden drei weder Urin noch Nieren einen Befund lieferten.

In fünf Fällen fand sich neben den degenerativen Veränderungen des Nierenparenchyms eine exsudative Entzündung der Decidua und Degenerationsvorgänge in derselben, d. h. eine Endometritis decidualis, an der auch die obersten Lagen der Muskulatur Anteil haben. In zwei anderen Fällen tritt dagegen die Veränderung der Decidua weit in den Hintergrund gegenüber schweren Veränderungen des Myometriums, und gerade auf diese Myometritis möchte v. Weiss als gravierendes Moment im Verlauf der Schwangerschaft hinweisen.

Auch Olshausen und Veit schliessen sich der An-

sicht an, dass die Hauptschuld zweifellos Erkrankungen der Decidua beizumessen sei, andererseits aber auch Traumen, wenn auch in verhältnismässig seltenen Fällen als Ursache anzuerkennen sind.

Als weiteren Grund vorzeitiger Ablösung führt Rousseau-Dumarcet abnorme Kürze der Nabelschnur an. Ausser den von Winter beschriebenen Fällen bringt er selbst zehn Berichte über vorzeitige Placentarlösung, die aus den Kliniken von Pinard und Varnier stammen und auch von diesen veröffentlicht sind. Diesen Fällen lag siebenmal Albuminurie, einmal Eklampsie zu Grunde, während er in den anderen zwei Fällen eine besonders kurze Nabelschnur gefunden hat, die die vorzeitige Ablösung bewirkt haben soll, eine Ansicht, die zweifellos Beachtung verdient, da man sich sehr wohl denken kann, dass die aktiven Bewegungen der Frucht bei der Kürze der Nabelschnur direkt auf die Placenta übertragen werden und dort einen Zug ausüben, der die Ablösung bewirkt. Auch Gräfe weist in einem von ihm beobachteten Fall der abnorm kurzen Nabelschnur die Schuld zu. Ja es ist noch nicht einmal nötig, dass die Nabelschnur eine absolute Kürze aufweist, kann sie doch normal lang durch Umschlingung der Frucht eine relative Kürze erhalten und in dieser Form die schwere Geburtsstörung auslösen.

Für die Möglichkeit der vorzeitigen Placentarlösung führt ferner Nijhoff einen weiteren Grund an. Er geht von der Annahme aus, dass die Ansatzstelle der Placenta stets eine dünnere Muskulatur habe als der übrige Teil des Uterus. Diese Stelle kann sich daher bei dem herrschenden Druck weniger kontrahieren, und erst nach Ausstossung des Kindes ist es dem Uterus möglich, die Placenta durch Kontraktion zu lösen. Bei normalen Verhältnissen wird die mit schwächerer Muskulatur versehene Stelle eben geschont, die vorzeitige Lösung also verhindert. Anders verhält es sich bei pathologischen Zuständen. Hier ist es bekannt, dass sich oft die Placentar-

stelle vorwölbt, und dass nun durch zu grosse Dehnung eine frühzeitige Ablösung des Kuchens eintreten kann, ist begreiflich.

In rein mechanischer Weise findet ferner eine Lösung der Nachgeburt statt, wenn sich die Uterushöhle infolge partieller Entleerung plötzlich verkleinert, ein Vorgang, der sich z. B. bei Zwillingsgeburten abspielt. Nach der Geburt des ersten Zwillings wird das Uteruscavum plötzlich um ein Bedeutendes verkleinert, die Wandungen contrahieren sich sehr stark, und da ist es wohl leicht möglich, dass nun die Placenta des bereits geborenen, oder aber auch des zweiten Zwillings ganz oder partiell von der Uteruswand getrennt wird.

Endlich werden von einigen Autoren noch akute Infectionskrankheiten, Anämie, Phthise, Syphilis auch Morbus Basedowi verantwortlich gemacht, doch dürften diese Krankheiten selbst weniger die Schuld tragen, als vielmehr die durch sie so oft bedingten Veränderungen des Endometriums.

Ausser den von Brauns zusammengestellten Fällen fand ich in der Litteratur noch 21 Fälle, die von v. Weiss Maslowsky, Gottschalk, Rousseau-Dumarcet, Evertz veröffentlicht wurden. Als Ätiologie war hier angegeben, Nephritis in 13 Fällen, Kürze der Nabelschnur zweimal, je zweimal ferner Endometritis und Myometritis; einmal wurde endlich Gonorrhoe und in einem weiteren Falle Eklampsie als Ursache angesehen.

Es sei mir gestattet 9 Fälle von vorzeitiger Placentarlösung bei normaler Insertion zu veröffentlichen, die in den Jahren 1890—1903 in der Hallischen Frauenklinik, sowie deren Poliklinik beobachtet werden konnten.

1. Fall. Frau St . . . 34 Jahre, X partus. 9. 5. 1890. J. No. 59. Alle Geburten normal, das letzte Kind wurde tot geboren. Letzte Regel Anfang September 1889. Wehen seit 8. 5. Schon seit dem 5. 5. soll Wasser abgegangen sein. Vor 14 Tagen hat die Frau einen schweren Sturz

erlitten und ist von seiten ihres Mannes schwer misshandelt worden. Am 9. 5. morgens 2 Uhr plötzlich eine starke Blutung. Die Frau ist enorm anämisch, der Puls frequent, aber doch leidlich kräftig, das Sensorium momentan frei, vorher Ohnmachten und Sehstörungen. Aus den Genitalien eine mässig starke Blutung. In den Unterlagen und Bett sehr viel Blut. Die Frucht befindet sich in Querlage, Kopf rechts. Schleimhaut am Introitus weissblau, starke Varicen. Muttermund 1-Markstück gross, Portio noch nicht verstrichen; die Blase steht, von Placentargewebe nichts zu fühlen. Im Uterusinnern finden sich starke Gerinnselmassen. Die Diagnose lautet auf vorzeitige Placentarlösung. Die Frucht ist tot. In Narkose wird nach Braxton-Hicks die Wendung ausgeführt. Mühsam wird der rechte Fuss erreicht, herabgeschlagen und angezogen gehalten. Da der Puls der Mutter schlechter wird, wird die vorsichtige allmählige Extraction des Kindes angeschlossen, die Narkose ausgesetzt. Nach einer Stunde schneidet der Steiss durch, die Arme werden leicht gelöst. Die Placenta tritt sofort nach in die Vagina und ihr folgen eine enorme Menge von Gerinnseln nnd flüssigem Blute. Bei der Wendung war die Placenta an der vorderen Uteruswand gefühlt worden, ihre Mitte war weit vorgetrieben. Der Puls der Mutter ist sehr klein, aber zu fühlen. Nach einer Stunde ist das Befinden der Frau gut, nach weiterer 1½ Stunde unter Atemnot und Bewusstseinsverlust plötzlicher Exitus. Section wurde nicht gemacht.

2. Fall. Hermine H . . . 31 Jahre, I partus. 31. 12. 1891. J. No. 374. Kräftige gesunde Frau, keine Oedeme. Letzte Regel März, Wehenbeginn 31. 12. nachmittags. Das Kind liegt in I. Schädellage, Herztöne sind nicht zu hören. Der Kopf steht auf dem Beckenboden, neben ihm geht reichlich Blut ab; es wird daher die Zange angelegt. Die Entwickelung macht durch sehr breiten Schultergürtel Schwierigkeiten; das

geborene Kind ist tief asphyktisch und nicht wieder zu beleben. Der Frucht folgt sofort ein grosser Blutschwall. Die gelöste Placenta wird leicht exprimiert, es ist eine kleine Placenta marginata. Nach heissen Douchen, Massage des Uterus und Ergotin steht die Blutung. Angaben über Wochenbett fehlen.

3. Fall. Frau Bl. . . . 22 Jahre, I partus 12. 7. 1892. J. No. 195. Die Hilfe der Klinik wurde wegen starker Blutung in Anspruch genommen, die schon seit über 4 Stunden besteht. Es findet sich eine kräftige Frau, die stets gesund gewesen ist und normal menstruiert hat. Nie Fluor. Letzte Regel Mitte Oktober, Kindesbewegungen Mitte März. Am Morgen 5½ Uhr plötzlich starke Blutung (mit Schwächegefühl), die längere Zeit anhält, dabei keine Wehen. Eintritt der Geburt 1½ Uhr. Mässige Anämie, Puls 90, etwas klein. Blutung aus der Scheide, die Unterlagen sind stark durchblutet. Im Harn Spuren von Eiweiss. Die äussere Untersuchung ergiebt I. Schädellage, der Kopf steht tief im Becken, Herztöne links über der Symphyse 138, keine Wehen. Innerliche Untersuchung: Muttermund 50 Pfennigstück gross, Blase steht, wenig gespannt, Kopfkuppe 1 cm oberhalb der Spirallinie, Pfeilnaht quer, kleine Fontanelle links. Zunächst werden heisse Scheidenspülungen gemacht, worauf die Blutung bei ruhiger Rückenlage steht. Nach ½ Stunde beginnt jedoch eine erneute stärkere Blutung und es wird jetzt daher bei geringer Wehenthätigkeit und 3 Markstück grossem Muttermund, während der Kopf in der Spirallinie steht, der künstliche Blasensprung mit der Kugelzange ausgeführt. Hierauf treten stärkere Wehen ein, die gut verarbeitet werden; die Blutung steht. Um 1¾ Uhr kommt bei dauernd guten Herztönen der Frucht der kindliche Schädel zum Durchschneiden, wobei es trotz Dammschutzes zu einem Dammscheidenriss 1. Grades kommt. Das Kind schreit. Unmittelbar mit der Geburt des Kindes kommt eine grosse Menge dunkelen flüssigen Blutes aus dem Uteruscavum und 1 Minute darauf folgt

mit grossem retroplacentaren Bluterguss spontan die Placenta, die keine Abnormitäten aufweist. Hierauf steht die Blutung gänzlich. Der Uterus ist gut contrahiert, Dammscheidennaht. Secale.

4. Fall. Frau Tr. . . . 45 Jahre, XIV partus 24. 7. 92. Kräftige, stets gesund gewesene Frau, die normal menstruiert hat. Sie hat 13 Geburten durchgemacht, darunter 2 Zwillingsgeburten. Wochenbetten alle normal. Letzte Regel im Oktober 1891, Kindesbewegungen Ostern. Seit 4 Tagen treten schubweise ziemlich starke Blutungen auf. Die Frau ist mässig anämisch, Puls 96, etwas klein, Äusserlich findet sich 1. Schädellage, Herztöne 136. Die innere Untersuchung ergiebt: Cervix 1 cm lang, für 2 Finger durchgängig, überall im Muttermund Eiblase, Placentargewebe nirgends zu fühlen. Aus der Scheide fliesst Blut in geringer Menge, die Unterlagen sind stark durchblutet. Im Urin findet sich kein Eiweiss. Es wird, da noch keine Geburtsthätigkeit nachzuweisen ist, feste Jodoformgazen-Scheidentamponade gemacht. Nach wenigen kräftigen Wehen springt die Blase, bald darauf wird das Kind geboren, dem unmittelbar eine starke Blutung folgt. Die offenbar schon vorher gelöste Placenta wird leicht exprimiert. Ihr folgt ein grosser schokoladefarbener Bluterguss. Keine Nachblutung, Kind lebt, Wochenbett normal.

5. Fall. Frau R . . . . 36 Jahre IX partus. 1895 J.-No. 434. Als Kind scrophulös, als Mädchen bleichsüchtig gewesen, Menses mit 19 Jahren sehr stark postponierend sehr schwach und unregelmässig. Siebenmal hat sie spontan ausgetragene Kinder geboren, einmal war Wendung erforderlich. Stets grosse Kinder. Letzte Regel Ende Februar, Wehenbeginn am 5. 12. 4 Uhr morgens und gleichzeitig stärkere Blutung, ca. 1/2 Liter; erst trat die Blutung kontinuierlich auf, dann stossweise während der Wehe. Um 6 1/2 Uhr liegt die Nabelschnur bei abgewichenem Kopf vor, um 7 Uhr Blasensprung. Äusserlich findet

sich 1. Schädellage. Der Uterus ist auch an der Wehenpause ziemlich gespannt, die Herztöne sind nirgends hörbar. Der Muttermund ist völlig erweitert, die Blase gesprungen, der Kopf hat eben die Spinallinie passiert. Vor dem Kopf eine ca. 15 cm lange, vor der linken Articulatio sacroiliaca vorgefallene pulslose Nabelschnur. Lagerung auf die linke Seite; bald darauf wird der Kopf sichtbar, er wird nach Kristeller exprimiert. Die Entwickelung des Rumpfes macht bei dem sehr starken Kinde einige Schwierigkeiten. Nach Geburt des Kopfes bereits eine mässige Blutung, hinter dem Rumpf folgt etwa 1/4 Liter meist flüssiges Blut. Das Kind ist etwa seit 3 Stunden abgestorben. In der Nachgeburtsperiode sistiert die Blutung. Hinter der 1/2 Stunde p. partum exprimierten Nachgeburt folgt ein faustgrosses frischeres Blutcoagulum auf der mütterlichen Seite. An einer Stelle auf derselben mässige ältere, adhärente, schwärzliche Blutgerinnsel. Placenta und Eihäute sind vollständig, sonst ohne Besonderheiten. Der Uterus ist gut kontrahiert, keine Blutung.

6. Fall. Frau L . . . . 42 Jahre XVIII partus. Seit dem I. Partus hat die Wöchnerin zeitweise geschwollene Beine. Von den Geburten waren 3 Zangenentbindungen und 3 Aborte; die anderen Geburten langwierig, doch spontan. Letzte Regel am 1. 1., Wehenbeginn am 27. 9. Zu Hilfe gezogen wegen Krampfwehen und Stillstand der Geburt. Es handelt sich um eine kräftige, mässig anämische Frau.

Temp. 36,5, Puls 76. Der Uterus ist gespannt, ziemlich fest kontrahiert, so dass nichts durchzufühlen ist. Der Kopf erscheint beweglich im Beckeneingang zu stehen. Herztöne sind trotz mehrfacher, sorgfältiger Untersuchung nicht zu hören. Im Urin findet sich reichlich Eiweiss. Der Muttermund ist 5-Markstück gross, weich und dehnbar. Die Blase steht und liegt dem Kopf fest an, starkes Ballottement des Kopfes. Die Blase wird gesprengt,

worauf ziemlich reichliches Fruchtwasser abgeht, doch keine Blutung. Der Kopf tritt nicht sofort ins Becken ein. Wegen der andauernden schmerzhaften Kontraktionen wird Morphium gegeben, jedoch ohne wesentliche Besserung. Da die Geburt nicht fortschreitet, so wird beschlossen, zu perforieren, falls nicht bald der Kopf ins Becken tritt. Nach 1/4 Stunde steht jedoch der Kopf auf dem Beckenboden und wird nach Kristeller exprimiert. Der Rumpf folgt sofort, direkt danach auch die Placenta, hinter dieser drei grosse Blutcoagula, 1500 g wiegend. Das Kind ist tot, die Placenta fast vollständig von Infarkten durchsetzt, sodass nur noch ganz wenig normales Gewebe vorhanden ist. Der Uterus ist gut kontrahiert, keine Blutung. Am nächsten Tag im Urin 4 1/2 ‰ Eiweiss.

7. Fall. Frau Z . . . 29 Jahre, V partus. 6. 6. 1902. Stets gesund gewesen, erste Regel mit 15 Jahren, erste Geburt mit 19 Jahren, eine Zange. Die anderen Geburten spontan. Letzte Regel am 15. 9. 01. Kindsbewegungen Anfang Februar. Die Wehen haben noch nicht richtig eingesetzt. Blutung seit 2 Stunden. Kräftig gebaute Frau, ohne nennenswerte Wehen. Temp. 36,2, Puls 100. Angeblich sind schubweise starke Blutungen aufgetreten. Zur Zeit ist die Blutung gering. Die äussere Untersuchung ergiebt ein sehr stark aufgetriebenes Abdomen, welches sehr straff gespannt ist, sodass vom Kind keine Spur zu fühlen ist. Herztöne sind nicht zu hören. Die Frau klagt über Herz- und Atembeschwerden. Kindsbewegungen sind seit einigen Tagen nicht mehr wahrgenommen worden. Bei der inneren Untersuchung findet sich der Muttermund 2-Markstück gross, die Blase steht. Im Bereich des Muttermundes ist nirgends Placentargewebe zu fühlen. Kein Varix etc. in der Scheide. Somit erscheint, da augenblicklich die Blutung sistiert, eine Entbindung nicht nötig, jedoch wird zur Erleichterung der Frau, der Atembeschwerden wegen, der Blasensprung ausgeführt, wobei sehr grosse Mengen missfarbenen

Fruchtwassers abfliessen, dem sich beim Zurückschieben des Kopfes, zwecks besseren Abflusses des Fruchtwassers, plötzlich ein tüchtiger Schub hellen Blutes anschliesst. Alsbald ein zweiter tüchtiger Schub hellen Blutes. Der Assistent geht daher mit der Hand ein, nachdem tiefe Narkose eingeleitet ist, und findet links und hinten, etwa 10 cm über dem Muttermund den Placentarrand und den unteren Teil der Placenta gelöst. Bei der Untersuchung starke Blutung. Es wird mit den 2 Fingern, die bereits im Uterus sind, ein Fuss gefasst und herabgezogen. Das Knie wird vor die Vulva gezogen und permanenter Zug ausgeübt. Nach 3/4 Stunden ist der Steiss in der Vulva, die Extraction geht glatt von statten. Mit dem Kind wird ein grosser Schub hellen Blutes und sofort die Nachgeburt ausgestossen. Das Kind ist tot, von der Nachgeburt fehlt ein Teil des Chorions. Da noch geringe Nachblutung vorhanden ist, so leichte Massage und Ergotin. Puls 100—110. Wochenbett normal.

8. Fall. Frau B . . . . 28 Jahre, II partus 4. 2. 1903. Stets gesund gewesen: der erste Partus 1897; damals 2 Tage lang schmerzhafte Wehenthätigkeit. Später aller 3 Wochen menses. Letzte Regel am 15. 6. 02. Während der ganzen Schwangerschaft Schmerzen im Leib und Kreuz. Seit Mitte November wehenähnliche Schmerzen. Wehenbeginn am 3. 2. Abends.

Mittelgrosse, kräftige Frau, Temperatur und Puls normal. Uterus sehr gespannt, fast ununterbrochen krampfartige und sehr schmerzhafte Wehen. I. Schädellage. Herztöne sind nicht hörbar. Schubweiser Abgang von Blut. Untersuchung ergiebt: Portio 1/2 cm lang Muttermund für einen Finger durchgängig, Kopf unbeweglich, die Blase steht noch, Placentargewebe ist nirgends zu fühlen. Da die Blutung stärker wird, so wird in Narkose mit zwei Fingern nach Braxton-Hicks gewendet und zwar auf den rechten Fuss, sodann wird permanenter Zug ausgeübt. Nach 15 Minuten setzen kräftige Presswehen ein,

die nach 20 Minuten den Foetus bis zu den Schultern heraustreiben. Leichte Armlösung und Veit-Smellie. Schon vorher bei der Blasensprengung und jetzt erst recht bei der Geburt des Kindes tritt eine kolossale Blutung ein. Eine grosse Blutwelle schleudert die Placenta, die tellerartig flach und vollständig ist, mit Wucht sofort nach dem Partus aus der Scheide. Hiernach eine Spritze Ergotin. Trotzdem atonische Nachblutung, die Frau collabiert. Uterustamponade nach vorausgegangener heissen Uterusspülung.

Nach 10 Minuten ist die Tamponade durchgeblutet, daher von neuem feste Uterustamponade sowie auch der Scheide. 6 Spritzen Kampher und 800 cbcm Kochsalzlösung, wonach sich der Puls von 140 bis auf 128 hebt. Wochenbett normal.

9. Fall. Frau K . . . 32 Jahre, VI partus. 24. 1. 03 Hereditäre Verhältnisse belanglos. Im Jahr 1893 Lungenentzündung. Menstruiert mit 19 Jahren, oft unregelmässig in kurzen Zwischenräumen (14 Tage), schwach, 4—5 Tage dauernd. Die ersten 4 Geburten normal. Die fünfte, im Februar 1901 ein totgeborener ausgetragener Knabe. Angeblich soll sehr viel Fruchtwasser dagewesen sein. Der Leib war nicht so stark wie jetzt, doch auch sehr aufgetrieben. Die Geburt verlief spontan, einen Tag dauernd. Die jetzige Schwangerschaft verlief anfangs normal, nur leichte Atembeklemmungen beim Sprechen und Treppensteigen. Im zweiten Monat soll der Leib sehr dick gewesen sein, nachher jedoch wieder normal und entsprechend dem Schwangerschaftsmonat. Seit Weihnachten ist das Abdomen allmählich bis zu seiner jetzigen Grösse angeschwollen. Die Urinmenge, die in den Monaten vor Weihnachten immer reichlich gewesen sein soll, hat seit dieser Zeit beträchtlich abgenommen. Schon seit Herbst 1902 bemerkte Patientin Anschwellung der Beine. Letzte Regel 6. 6. 02. Kindsbewegungen No-

vember. Kräftige, gut ernährte Frau; zweiter Aortenton klappend, bronchitische Geräusche, im Urin Saccharum, ganz geringe Spuren von Eiweiss. Im Sediment weisse Blutkörperchen und Epithelien, keine spezifischen Cylinder und Nierenepithelien. Leibesumfang 115 cm. Das Abdomen enorm aufgetrieben, die Haut prall gespannt und glänzend. Kindesteile sind nicht zu fühlen, Herztöne nicht zu hören. Die Undulationswelle pflanzt sich ohne Unterbrechung von einer Seite zur andern fort. Künstliche Eröffnung der Blase 12½ Uhr, da die Atemnot zu gross wird; es laufen 11—12 Liter klaren Fruchtwassers ab. Hierdurch grosse Erleichterung der Atmung. Die Frucht ist nun deutlich in linker Längslage zu fühlen. Innerlich ballottiert der Kopf über dem Becken. Um 12¾ Uhr Abgang eines grossen Blutcoagulums und Nachstürzen einer reichlichen Blutmenge. In Narkose daher Wendung auf den Fuss, Belastung des herabgeholten Fusses und dadurch Ausübung eines permanenten Zugs. Der Puls ist dauernd sehr unregelmässig, er schwankt zwischen 140 und 100, ist mässig gefüllt. Kampher und Kochsalzlösung. Gegen 2½ Uhr wird der Puls sehr rasch kleiner, die Patientin wird zusehends blass. Wiederum Kampher und Kochsalzlösung. Kein Blutabgang nach aussen. Nun folgt forcierte Extraction des Kindes. Mit der Geburt des Kopfes schiesst eine kolossale Menge dunkelen Blutes heraus. Nun Eingehen mit der Hand um Entfernung der noch nicht ganz gelösten Placenta. Sofort Anschluss einer Uterustamponade, Ergotin. Der Uterus wird allmählich hart, die Blutung steht. Der Puls klein und sehr frequent, bis zu 160. Das Kind, männlich, ist tot, 53 cm lang, 3650 g schwer. Um 3 Uhr stellt sich eine Ohnmacht ein, die sich indessen bald verliert. Danach wird der Puls langsamer und voller, schwankt jedoch immer zwischen 128 und 140. Halbstündlich erhält die Patientin Kampher, die Beine werden eingewickelt und hoch gelagert, ausserdem wird noch Wein und Kaffee

verabreicht. Um 5 Uhr wird, da der Tampon durchgeblutet ist, eine neue Tamponade vorgenommen.

25. 1. Temp. 39,5. Die Tamponade wird entfernt, Alkoholspülung und wegen Verdacht auf Streptococcen 40 cbcm. Seruminjection. Leib aufgetrieben, aber spontaner Abgang von Winden und Stuhl.

26. 1. Temp. 40,0. 20 cbcm. Seruminjection. Die Urinmenge beträgt über 9000 cbcm, dabei 8% Zucker.

27. 1. Temp. 37,8. Patientin hat Verfolgungswahn, sie erkennt niemand. Am 28. ist der Zustand der gleiche. Temp. 38°. Am 29. Temp. 38° ist Patientin klar und klagt über Schmerzen in der linken Seite. Urinmenge 4500.

31. 1. Temp. 36,5. Das Sensorium ist nicht mehr ganz frei, der Puls klein, im Urin viel Aceton. Die Temperatur fällt, der Puls ist sehr frequent, daher stündlich Kampher. Abends 7 Uhr ist Patientin comatös, nachts 2 Uhr im diabetischen Coma gestorben.

Die Urinmengen im Wochenbett betrugen 500, 900, 500 (Tag der Geburt), 1450, 9800, 6500, 5000, 5200, 4500, 4500, 3700 cbcm. Stets fand sich ein Niederschlag von Eiweiss, der Zuckergehalt betrug am Tag nach dem Partus 0,6% und stieg bis 8%.

Sectionsbefund: Allgemeine Anämie der Organe. Linke Niere 12:7:4, Fettkapsel gering, fibröse Kapsel mit geringem Substanzverlust löslich. Oberfläche blass, Parenchym weich, Rinde 9 mm breit, blassgelb. Die Pyramiden etwas dunkler. Die rechte Niere ist etwas granuliert, Rinde 9 mm breit, sonst wie links. Milz von normaler Grösse, Kapsel glatt, Parenchym sehr weich. Farbe blass rotbraun, Zeichnung undeutlich. Leber normal gross, blassbraun mit helleren Partieen, Parenchym von wässriger Consistenz. Der Uterusbefund ist folgender: Das Organ ist 17 cm lang, 14 cm breit, 7½ cm dick, von guter Consistenz; im Cavum befindet sich eine putride

Endometritis, auch ist an einzelnen Stellen das oberflächliche Myometrium abgestossen.

Unter diesen 9 Beobachtungen dürfte wohl im ersten Falle das Trauma als Ursache anzusehen sein; in Nr. 3 und 6 zeigten die untersuchten Harnmengen die Anwesenheit von Eiweiss, auch waren Oedeme vorhanden, so dass es sich hier wohl um Nephritis gehandelt hat. Bei den Fällen 2, 4, 5, 7, 8, 9 ist die Ätiologie nicht ganz so klar, ja bei 2, 4, 5 ist überhaupt kein Moment zu eruieren, welches den Anstoss zur Placentarlösung gegeben haben könnte.

Im Hydramnion wollte schon Goodell in 2 Fällen die Ursache erblicken und in Fall 7 wies die Frau ebenfalls Hydramnion auf. Ein Fall, der der Nijhoffschen Theorie entsprechen dürfte, indem hier die dünne Placentarstelle durch das Hydramnion eine ausserordentliche Dehnung erfährt und dadurch Anlass zur vorzeitigen Ablösung gegeben ist.

Welche Ursache in der letzten Beobachtung zu Grunde liegt, ist nicht mit Sicherheit anzugeben, da hier verschiedene Momente zusammentreffen, denen man schon allein die Fähigkeit zuschreibt, die schwere Geburtsstörung auszulösen. Die Frau hatte erstens Nephritis, dann auch hochgradiges Hydramnion und ausserdem Diabetes mellitus. Der Umstand jedoch, dass sich die enorme Blutung direkt an die Blasensprengung anschloss, dürfte darauf hinweisen, dass durch das plötzliche Sinken des intrauterinen Druckes die Ablösung herbeigeführt wurde und also gewissermassen das Vacuum, welches durch den raschen Abfluss mächtiger Fruchtwassermengen gebildet wurde, durch eine Blutung zwischen Uteruswand und Placenta seinen Ausgleich fand.

Sieht man die am Schluss der Arbeit tabellarisch zusammengestellten und in der Litteratur bekannten Fälle auf die Ätiologie hin durch, so finden wir in 39 Fällen Nephritis, 55 mal Trauma (wozu auch heftiger Husten Pressen bei der Stuhlentleerung, Brechen etc. zu rechnen

sind) angegeben. Kürze der Nabelschnur lag neunmal vor. Psychische Erregung trat viermal auf, ebenso oft Hydramnion; Endometritis und Myometritis je zweimal, während Gonorrhoe, Eklampsie, Krampfwehen, Morbus Basedowi, Phthise mit Stauungshyperämie im Uterus je einmal vorkamen. In 69 Fällen war endlich eine Ursache nicht zu finden.

Gehen wir nun zur Betrachtung der Symptome über, die sich bei vorzeitiger Placentarlösung beobachten lassen.

Vor allem haben wir zwei verschiedene Arten bei dieser Erkrankung zu unterscheiden, je nachdem sich die Kontinuitätstrennung zwischen Placenta und Uteruswand im Centrum des Kuchens oder mehr dem Rande zu abspielt. Im ersteren Falle wird durch die Zerreissung der Gefässe die Blutmenge sich zwischen Uterus und Placenta ergiessen und hier kann, wenn der Druck zwischen Eihäuten und Uterus genügend stark ist, die Blutung leicht durch Thrombosierung zum Stehen kommen. Anderenfalls aber wölbt die immer stärker werdende retroplacentare Blutmenge die Placenta nach dem Cavum, die Uteruswand nach der Bauchhöhle vor, und ohne dass aus den Genitalien Blut fliesst, kann die Frau sich durch eine solche, sogenannte innere Blutung verbluten. Glücklicherweise sind indessen diese Formen der Ablösung nicht gerade häufig, sodass sich bei Goodell nur 10 solcher centralen Lösung finden.

Tritt dagegen die Kontinuitätstrennung mehr am Rande der Placenta auf, so kommt es natürlich zuerst auch zu einer inneren Blutung, die jedoch bald die Randstelle des Kuchens durchbricht und sich nun den Weg in die Genitalien bahnt.

Je nachdem, ob es sich um eine innere oder äussere Blutung handelt, sind nun auch die Symptome verschieden.

Gemeinsam sind beiden Erkrankungsarten die Allgemeinsymptome, die durch die eintretende Anämie bedingt sind; Blässe und Kühle der Haut, Nase spitz, die Augen

sind eingesunken, die Patienten fühlen sich sehr abgeschlagen und klagen über Übelkeit, Schwindel, Ohrensausen und grosse Unruhe, die Atmung ist dyspnoisch, der Puls klein und sehr frequent, selbst Collaps tritt auf.

Hierzu gesellen sich die Lokalsymptome, die bei der inneren Blutung sehr typisch zu sein pflegen. Ohne besonders starke Wehen zu haben, klagen die Frauen über unerträgliche Schmerzen im Unterleibe; es ist ein spannender, ziehender Schmerz, der den Atem benimmt und so intensiv ist, dass von einer Untersuchung des Abdomens oft völlig Abstand genommen werden muss. Besonders ausgesprochen ist die Schmerzhaftigkeit an der Stelle der stattgehabten Blutung. Dabei ist der Uterus unter Umständen ganz enorm ausgedehnt, der Leib straff gespannt, die Haut glänzend. Bisweilen lässt sich sogar die Stelle des Blutaustrittes mit Augen sehen, wenigstens berichtet Scanzoni über einen Fall, wo er die Uteruswand an einer Stelle als fast kindskopfgrosse Geschwulst vortreten sah. Die Diagnose der Kindeslage ist durch die innere Empfindlichkeit der Frauen, die, wie Fall 8 zeigt, selbst durch Morphium nicht gehoben wird, sowie durch den prall gespannten Uterus oft unmöglich. Dabei ist die Wehenthätigkeit infolge der starken Dehnung der Gebärmutter meist gering. Die kindlichen Herztöne pflegen nicht wahrnehmbar zu sein und auch die Kindesbewegungen haben aufgehört, da die Frucht gewöhnlich nicht infolge einer Verblutung, sondern durch Sauerstoffmangel abgestorben ist.

Anders verhalten sich die Erkennungszeichen bei der äusseren Blutung. Hier tritt zu den Symptomen der Anämie vor allen Dingen aus den Genitalien Blut oder Blutgerinnsel, während die Schmerzhaftigkeit des Abdomens sowie dessen pralle Spannung hier wegfallen. Das Verhalten des Kindes ist dagegen das gleiche, wie bei der inneren Blutung; die Herztöne fehlen meist und ebenso die Bewegungen, die Frucht ist tot.

Die Diagnose ist in sehr ausgesprochenen Fällen von innerer Blutung nicht schwer zu stellen. Die alarmierenden Zeichen der hochgradigen Anämie, der ängstliche Gesichtsausdruck, die starke Prostration, sowie die grosse Schmerzhaftigkeit im Abdomen weisen auf eine schwere Schwangerschaftsstörung hin. Die aufgelegte Hand fühlt dann an der schmerzhaftesten Stelle eine prall elastische, buckelige Vorwölbung, die sich von den übrigen Uterusabschnitten wesentlich unterscheidet. Da zweifellos ein grosser Blutverlust vorgekommen ist, nach aussen sich indessen nichts entleert hat, so kommen unter diesen Umständen differentialdiagnostisch nur Uterusruptur und geplatzte Extrauterinschwangerschaft in Betracht.

Erstere Erkrankung dürfte sofort auszuschalten sein, wenn noch Wehen vorhanden sind, der Schmerz und die Spannung noch weiter bestehen. Dass es sich nicht um geplatzte Extrauteringravidität handelt, wird eine genaue Palpation ergeben, indem man durch den Abgang der Lig. rotunda, durch die gleichmässige Hervorwölbung des unteren Uterinsegmentes über den Cervix am Vorhandensein einer uterinen Gravidität wohl nicht zweifeln kann. Bei beiden Geburtsanomalien müsste sich noch ein freier Erguss in der Bauchhöhle finden, der durch Percussion in Rücken- und Seitenlage festzustellen wäre.

Bei der äusseren Blutung ist man in Versuchung an Placenta praevia zu denken, doch gibt sofort eine Digitaluntersuchung darüber Aufschluss, da der untersuchende Finger bei eröffnetem Muttermund auf Placentargewebe stossen würde, bei geschlossenem dagegen die Placenta am unteren Uterinsegment fühlen wird.

Die Prognose ist für beide Teile keine günstige. Wie schon erwähnt, fand Goodell unter 106 Fällen nur 52 Mütter, denen das Leben gerettet werden konnte, die Kinder starben sämtlich bis auf 6. Ein ähnliches trauriges Bild geben uns die von Brauns gesammelten Fälle Hier starben von 53 Müttern 10, während von 8 das

Schicksal unbekannt blieb. Von den 53 Kindern war es nur möglich drei lebende zu erhalten. Auch in den 35 weiteren Fällen (incl. der hier veröffentlichten) ist das Verhältnis nicht viel günstiger; starben doch hiervon 11 Frauen und 26 Kinder. In Prozenten ausgedrückt beträgt also die Mortalität der Mutter bei vorzeitiger Ablösung der Placenta 42,14 %, die der Kinder 93,6 %.

Die Frage, was bei einer vorzeitigen Ablösung der Placenta für therapeutische Massnahmen getroffen werden sollen, ist noch keineswegs geklärt, und die Autoren haben sich noch nicht geeinigt, ob in den einzelnen Fällen Tampon und Abwarten, oder ob energisches Eingreifen, Blasensprengung und Extraction der Frucht, das Accouchement forcé, ja auch der Kaiserschnitt am Platze seien.

Zweifellos muss bei Einleitung der Therapie von der Ansicht ausgegangen werden, dass das kindliche Leben als verloren zu betrachten ist, schon bevor Symptome bei der Mutter aufgetreten sind, und dass man die ganze ärztliche Kunst nur der Mutter zuzuwenden hat. Brunton und nach ihm Winter wollten ein abwartendes Verfahren eingeschlagen wissen. Beide empfehlen die Tamponade, bis der Muttermund erweitert ist und lassen erst den Blasensprung zu, wenn man die operative Beendigung der Geburt in der Hand hat. Diesem Verfahren glaubt Winter seine Erfolge zuschreiben zu müssen und warnt vor Blasensprung, Secale und Uterusmassage, zu denen man nur bei Collaps seine Zuflucht nehmen dürfe.

Goodell hingegen tritt für die Blasensprengung ein, doch könnte man dagegen das Bedenken äussern, dass nun die Uterushöhle an Inhalt bedeutend abgenommen habe, und so, bevor sich die Wandungen des Uterus dem Foetus angelegt haben, noch ausgedehnte Blutungen im Cavum uteri oder dem retroplacentaren Raum stattfinden können. Die Tamponade, welche angewandt werden soll, um Wehen hervorzurufen, erfüllt leider diesen Zweck

nicht genügend schnell und hindert andererseits keineswegs die Blutung. Daher verwirft H. Meyer die Tamponade völlig. Er ist für ein abwartendes Verfahren, bis der Muttermund für 2 Finger durchgängig ist, und erst dann darf seiner Ansicht nach die Fruchtblase zersprengt werden, um im Anschluss daran eventuell die sofortige Entleerung des Uterus vorzunehmen. Ihm entgegen steht Ahlfelds Ansicht, der sofort den Blasenstich ausgeführt wissen will, wenn die Weite des Muttermundes nicht eine sofortige Entbindung gestattet. Ebenso verwerfen Holmes und Fieux die Tamponade, glauben vielmehr die geeignete Therapie in der Verabreichung von Hydrastinin, der Dilatation der Cervix und zwar der manuellen, Cervixincisionen mit angeschlossener forcierter Beendigung der Geburt erblicken zu müssen. Cumston lässt erst Vagina und Uterus tamponieren, empfiehlt jedoch bei fortbestehender Blutung die manuelle Dilatation der Cervix.

Die neueren Lehrbücher stimmen im allgemeinen in der Wahl der einzuschlagenden Therapie überein. Sie gehen von der Ansicht aus, dass nur die Mutter zu retten ist und empfehlen daher eine möglichst rasche Beendigung der Geburt. Bei noch erhaltener Cervix ist für rege Wehenthätigkeit zunächst zu sorgen; es empfiehlt sich daher grosse Gaben von Ergotin zu verabreichen, dann aber auch die Blase zu sprengen.

Dilatiert man nun manuell, oder wie Olshausen-Veit bevorzugen, mit Hegarschen Dilatatoren, so wird man in kurzer Zeit wenigstens doch mit 2 Fingern in den Uterus eindringen können, um auf den Fuss nach Braxton-Hicks zu wenden. Ist der Fuss herabgezogen, so ist permanenter Zug anzuwenden, damit nach Dehnung der Weichteile eine baldige Entleerung der Gebärmutter möglich ist. Sind die Erscheinungen dagegen sehr schwere, gefahrdrohende, so dürfte man mit diesem Verfahren die Mutter doch nicht retten können. Es wird deswegen an der

hiesigen Frauenklinik in Fällen schwerer Blutung nach Ablösung der normal sitzenden Placenta der Uterus durch den vaginalen Kaiserschnitt eröffnet und auf diese Weise rasch entleert, worauf eventuell durch eine feste Tamponade des cavum uteri die Blutung sicher und definitiv gestillt werden kann.

Einfacher liegt die Frage der therapeutischen Massnahmen bei weitem Muttermund. Hier ist die einzige Möglichkeit, die Blutung schnell zum Stehen zu bringen, nur in der sofortigen Entleerung des Uterus zu erblicken, Wendung und Extraction oder hohe Zange sind also indiciert.

Sollten nach Geburt des Kindes noch Blutungen vorkommen, so hat man die vielleicht noch an einem Teil anhaftende Placenta zu lösen, um dann durch Uterustamponade und Verabreichung von Ergotin jeder weiteren Blutung Herr zu werden.

Dass den durch den grossen Blutverlust in hohem Grade erschöpften Frauen Analeptica zu reichen sind, ist selbstverständlich. Man gebe Campher, Wein, Cognac, Kaffee, mache Injectionen von Kochsalzlösungen und reichliche Eingiessungen ins Rectum, sowie Einwickelungen und Hochlagerungen der Beine, bis der frequente, kaum fühlbare Puls sich der normalen Anzahl und Fülle genähert hat.

Lfd. No.	Litteratur	Alter u. ? para	Verlauf der früh. Geb.	Zeit der Schwangerschaft	Lokalsymptome
1.	H. Meyer, Corresp.-Bl. f. schweizer. Ärzte. 1891. No. 7.	29 J. I p.	—	37. Woche	Blutung nach aussen, Uterus prall gespannt, empfindlich. Herztöne nicht zu hören, keine Kindesteile, heftige Leibschmerzen.
2.	„	34 J. VI p.	?	39. Woche	Blutung nach aussen, heftiger Leibschmerz. Ut. stark aufgetrieben, Herztöne und Kindesteile nicht wahrzunehmen.
3.	„	30 J. IV p.	normal	circa 36 Wochen	Krampfartige Schmerzen im Leib. Bei Stuhlentleerung Abgang von Blut aus der Scheide. 4 Wochen lang Schmerz im rechten Bein. 14 Tage vor der Geburt Drang nach unten. Uterus gespannt und empfindlich. Herztöne nicht zu hören. Abgang von Blut.
4.	„	24 J. I p.		circa 24 Wochen	Plötzliche zusammenziehende Schmerzen im Leib. Blutung aus den Genitalien. Fund handbreit über dem Nabel. Ut. dauernd gespannt. Herztöne nicht hörbar. Unteres Uterussegment ballonartig.

Allgemeinsymptome	Therapeutische Massregeln	Ausgang für die Mutter	Ausgang für das Kind	Angenommene Aetiologie
Plötzlich. Schwächegefühl, Gesicht eingefallen, ängstlicher Gesichtsausdruck, Blässe, Puls 110.	Anfangs Opium, bei Verschlimmerung des Allgemeinbefindens Ätherinjektion. Perforation des Kindes bei 2 Frankstück gross. Muttermund. Reinigung der Ut.-Höhle und Tamponade derselben.	† an Anämie	†	?
Unaufhörliches Brechen, Gesicht blass. gelblich und gedunsen Schwindel und Ohnmachten. Sensorium benommen. Puls 140 klein.	Blasensprung bei 2 Finger durchgäng. Muttermund, langsame Extraktion des Kindes am Fuss mit Perforation des nachfolgenden Kopfs, Ausräumng. des Ut., Massage des Ut. u. kalte Injektionen.	lebend Wochenbett normal	†	Frau giebt an, durch Fall eine Luxatio cubiti erlitten zu haben, die in Narkose reponiert werd. sollte; seitdem Krampfweh.
Leichte Übelkeit.	Geburt spontan. Entfernung d. Blutgerinnsel mit der Hand aus der Ut.-Höhle. Reibung d. Uterus und kalte Injektionen.	„	† livide gefärbt und Totenstarre	?
Ängstlich. Gesichtsausdruck. Blässe, Schwindel, Schwächegefühl, Brechen.	Opium suppositor. gegen die Schmerzen. Geburt spontan.	„	†	3 Tage vor d. Symptom. Fall auf die Treppe.

Lfd. №	Litteratur	Alter u. ? para	Verlauf der früh. Geb.	Zeit der Schwanger-schaft	Lokalsymptome
5.	C. Ocker. Dissert. Berlin 1892.	43 J. IX p.	?	Ende der Schwanger-schaft	Leibschmerzen. Blutung. Leib stark gespannt. Herztöne fehlen.
6.	„	? VIII p.	?	„	Schmerz im Unterleib, Blutg. Leib gespannt, Herztöne fehlen. Kindesteile nicht zu fühlen.
7.	„	38 J. XI p.	?	9 Mon.	Drängen und Ziehen im Kreuz. Blutung nach aussen. Ut. prall und ohne Wehen.
8.	„	28 J. II p.	?	Geg. Ende d. Schwanger-schaft	Blutung nach aussen, Ut. prall, ballonartig aufgetrieben. Kindesteile undeutlich zu fühlen, keine Herztöne, Oedeme.
9.	„	36 J. X p.	?	„	Ziehende Schmerzen im Kreuz. Blutung nach aussen. Danach Kindsbewegungen nicht mehr nachzuweisen. Ut. prall. Palpation o. B.
10.	„	29 J. X p.	?	„	Abfluss von Fruchtwasser. Am anderen Abend Blutung nach aussen.
11.	„	34 J. IV p.	2 mal abortiert	9 Mon.	Wehenartig. Schmerz mit Blutabgang nach aussen. Ut. prall aufgetrieben. Kindesteile nicht fühlbar. Herztöne nicht hörbar.
12.	„	35 J. III p.	?	9 Mon.	Ut. während der Wehe in der Höhe des Rippenbogens, keine Herztöne. Geringer Blutabgang nach aussen.
13.	„	22 J. II p.	Künstliche Abort. wegen Oedeme der Beine u. des Gesichts	9 Mon.	Ziemlich beträchtliche Blutung. Ut. prall aufgespritzt. Kindsteile und Herztöne nicht wahrnehmbar.

Allgemeinsymptome	Therapeutische Massregeln	Ausgang für die Mutter	Ausgang für das Kind	Angenommene Aetiologie
Kopfschmerz, Schwindel, Brechen.	Blasensprung bei thalergross. Muttermund.	lebend, Wochenbett normal.	† ausgetragen	?
Flimmern vor den Augen, Ohnmachtsgefühl, Anämie, Dyspnoe kleiner frequenter Puls.	Bei 2 Mk. gross. Mutterm. Wendung auf dem Fuss und Extraktion.	† an Anämie	† zeigt Macerationserscheinung.	?
Puls beschleunigt.	Opium. Bei vollständig erweitertem Muttermund, Blasensprung.	lebend Wochenbett normal	lebend	?
Anämie u. Cyanose an den Lippen.	Tamponade, Expression der Nachgeburt.	„	† ausgetragen	?
Befinden der Frau verhältnismässig gut.	Blasensprung; Perforation des Kopfes u. Extraction.	„	† ausgetragen zeigt Macerationserscheinung.	Psych. Emotion
Nicht vorhanden.	Geburt spontan.	lebend	† fast ausgetragen	Tritt gegen d. Unterleib
Starke Anämie. Im Urin Eiweis.	Tamponade, Blasensprung. Geburt spontan.	„	† faul	Nephritis
Oedem der Extremitäten und des Gesichts. Urin eiweisshaltig.	Zange.	„	†	„
Grosse Anämie u. Mattigkeit. Oedeme der Beine.	Tampon, nach 1 Stunde Blasensprung. Geburt spontan, Expression der Placenta.	„	†	„

Lfd. No.	Litteratur	Alter u. ? para	Verlauf der früh. Geb.	Zeit der Schwanger-schaft	Lokalsymptome
14.	C. Ocker.	? I p.	—	10 Mon.	Kreuzschmerzen, Blutung Ut. prall gespannt, weder Kindes teile noch Herztöne.
15.	„	39 J. II p.	1 mal abortiert	Ende	Unter Wehen mässige Blu tung. Ut. kugelig, prall, Kindes teile nicht zu fühlen, kein Herztöne.
16.	„	31 J. VII p.	?	„	Geringe Blutung. Ut. hart keine Herztöne.
17.	„	42 J. XII p.	9 mal normal geboren. Zu-letzt 2 mal abortiert	9 Mon.	Blutung. Ut. 3 Finger unte dem Prozess. xiphoid. Herztön hörbar. Blutung wird stärker Herztöne nicht mehr hörbar
18.	„	34 J. III p.	?	Ende	Andauernd Leibschmerze mit Blutabgang. Leib ovoid Ut. prall aufgespritzt, kein Herztöne.
19.	„	32 J. II p.	normal	9 Mon.	Bei plötzlich heftigem Stuhl drang. Blutung aus der Scheide die andauert. Ut. nicht auf fallend gespannt, Herztön schwach hörbar.

Allgemeinsymptome	Therapeutische Massregeln	Ausgang für die Mutter	Ausgang für das Kind	Angenommene Aetiologie
Erbrechen. Urin eiweisshaltig.	Blasensprung.	lebend.	†	Nephritis.
Starke Anämie; in keinem Verhältnis zur Blutung nach aussen stehend. Urin eiweisshaltig.	Tampon. Blasensprung bei 5-Markstück grossem Muttermund. Express. der Placenta.	„	†	„
Starke Anämie, grosse Unruhe, Erbrechen, Dyspnoe, Sehstörungen, Urin eiweisshaltig.	Geburt spontan.	„	† fast ausgetragen	Nephritis. Nach Angabe d. Frau ein. schwer. Waschkorb die Treppe hinaufgetragen.
Starke Anämie, Ohnmachtsanfälle. Puls 108. Oedeme der Beine u. Augenlider. Im Urin Eiweiss.	Tamponade. Umschläge auf den Leib; bei fast völlig eröffnetem Muttermund Blasensprengung, Geburt spontan. Analeptica.	„	†	Nephritis
Starke Anämie, Ohnmachtsanfälle und Erbrechen, Puls klein, Oedeme der Beine. Im Urin Eiweiss.	Stimulantien, Geburt spontan.	„	† ausgetragen.	„
Seit längerer Zeit Übelkeit, Schwindel, Ohrensausen, Flimm. vor den Augen und Herzklopfen. Oedeme der Extremit. liessen nach. Urin klar, strohgelb, enthält geringe Menge Eiweiss u. hyaline Cylinder.	Blasensprung. Geburt spontan.	?	Lebend nach schwacher Herzaktion; bald darauf †	Schrumpfniere.

Lfd. №	Litteratur	Alter u. ? para	Verlauf der früh. Geb.	Zeit der Schwanger-schaft	Lokalsymptome
20.	C. Ocker.	42 J. XIV p.	?	9. Mon.	Starke Blutung aus der Scheide, Kindslage schwer bestimmbar, Herztöne fehlen.
21.	„	35 J. XII p.	?	?	Plötzlicher Schmerz im Leib, Abgang von Blut, Leib halbkugelig vorgetrieben, Kindsteile nicht sicher zu fühlen, Herztöne nicht sicher.
22.	„	33 J. II p.	?	Anfang des 10. Mon.	Starke Blutung nach aussen, Ut. hart, Kindsteile nicht zu fühlen, keine Herztöne.
23.	„	41 J. XVIII p.	?	?	Blutung nach aussen, Abdomen prall gespannt, Herztöne fehlen.
24.	Tschoertner Inaug.-Diss. 1867.	17 J. Multip.	?	9 Mon.	Heftige Blutung nach aussen, Herztöne 160. Stillstand der Blutung nach Arznei.
25.	Martin, Monatsschrift für Geburtskunde Bd. XVII.	20 J. I p.	—	8 Mon.	Blutung nach aussen, Leib empfindlich, lebhafte Schmerzen im Fundus, der sich immer mehr ausdehnt und gleich eine Geschwulst hervortrat.

Allgemeinsymptome	Therapeutische Massregeln	Ausgang für die Mutter	Ausgang für das Kind	Angenommene Aetiologie
Im Anschluss an Scarlatina Kopfschm. u. Erbrechen, Oedeme der Beine u. Ascites, Urin spärlich, mit Eiweiss.	Geburt spontan, Expression der Placenta.	Lebend, Wochenbett normal	† maceriert	Nephritis chronica.
Starke Anämie, Oedeme, im Urin spärlich Eiweiss, hyal. Cylinder u. Eiterkörperch.	Wärmflaschen, Wein, Kaffee, Cognac und Kampferinjektionen.	† Section: Anämie universalis Nephritis parenchym.	Gemini † fast ausgetragen	Nephritis parench.
Starke Anämie, Puls 144, mässiger Ascites.	Wendung und Extraktion bei handtellergrossem Muttermund.	† an atonischer Blutung	†	Nephritis.
Schwach u. anäm.	Wehenanregungsmittel.	† an Collaps	†	Nephritis chronica.
Grosse Schwäche.	Blasensprung. Spir. ferri chlor. aeth. gtt. XX. Bouillon mit Ei. Geb. spont., Reiben d. Uterus.	Lebend, Wochenbett normal	Lebend, nicht ausgetragen, spät. †	?
Zeichen v. Anämie, Gesicht verfallen, Haut blass, Puls 108, Ohnmachtsanwandlungen, sinkende Temp.	Tamponade. Bouillon mit Ei. 4 mal Transfusion von 6—7 Unzen Blut. Entfernung d. Tampons. 3 malige Incision in d. Damm und Zange. Expression d. Placenta Champagner, Injektion von verd. Essig u. Liq. ferr. sesquickl. Insert. Spir. ferr. clor. aeth. Transfusion von 3 Unzen Blut.	„	†	Schreck bei Schlittenfahrt.

Lfd. No.	Litteratur	Alter u. ? para.	Verlauf der früh. Geb.	Zeit der Schwanger-schaft	Lokalsymptome
26.	Winter. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. II.	40 J. ?	?	8 Mon.	Heftige Schmerzen im Abdomen u. Kreuz, geringe Blutung nach aussen, danach Kindsbewegungen geschwunden. Ut. prall und handbreit grösser, als dem Termin entsprechend. Kindsteile nicht zu fühlen, keine Herztöne, spannende Schmerz.
27.	„	26 J. II p.	?	8 Mon.	Plötzlicher Schmerz im Leib u. das Gefühl d. Höherwerdens im Leib. Blutung. Ut. grösser als d. Termin entsprechend, prall, Kindsteile nicht zu fühlen, keine Herztöne.
28.	Winter.	? I p.	—	7. Mon.	Blutung ohne Ursache; heftiger Schmerz im Kreuz und Erbrechen, Kindsbewegungen verschwunden. Ut. plötzlich 2—3 Finger höher und prall, keine Kindsteile u. Herztöne.
29.	Benicke, Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. II.	? II p.	?	36. Woche	? Keine Wehen.
30.	Freudenberg Arch. f. Gyn. Bd. XXVII.	? Multip.	?	8—9. Mon.	Fundus hochgetürmt, weich, Kindsteile nicht fühlbar, keine Blutung.
31.	„	? IX p.	Bei 7 Geburten Sprengung d. Blase wegen zu grosser Festigkeit.	Ende.	Blutung nach aussen, Ut. ungewöhnlich hochstehend, Kindsteile nicht fühlbar.

Allgemeinsymptome	Therapeutische Massregeln	Ausgang für die Mutter	Ausgang für das Kind	Angenommene Aetiologie
Kopfschmerz, Oed. an d. Extr. u. Gesicht. Urin hell und spärlich und eiweisshaltig. Petecchien über den ganzen Körper.	Tamponade, dann combin. Wendung bei 2 Finger gross. Muttermund und Extrakt. Expression der Placenta.	Lebend Wochenbett normal	† Zeiten der Maceration	Schwangerschaftsniere.
Schwäche, Blässe, Kopfschmerz, Oedem an Gesicht u. Händ.; Urin spärlich, trübe, enthält Eiweiss.	Geburt spontan.	Lebend. Im Wochenbett Blässe und Oedeme.	†	Nephrit. chronica parenchym.
Oedem an Gesicht und Extremit. Urin dunkel, spärlich, viel Albumen, grosse plötzliche Anämie, Puls klein.	Geburt spontan, Expression, d. Placenta.	Lebend, Wochenbett normal.	†	Schwangerschaftsniere.
?	Blasensprung.	?	?	Morb. Basedowi.
Heftiger Collaps.	—	†	†	Mehrfaches Bücken beim Ballspiel.
Plötzlich starke Ohnmacht, Puls klein, Atemnot.	Tamponade, Excitantien, Secale corn. in der Austreibungsperiode Prager Handgriff, Expression einer 1500 gr. schweren Blutcoagul., dann Expression d. Placenta.	Lebend, Wochenbett normal.	† faul	Überanstrengung als Wäscherin.

Lfd. №	Litteratur	Alter u. ? para	Verlauf der früh. Geb.	Zeit der Schwanger-schaft	Lokalsymptome
32.	Hennig, Arch. f. Gyn. Bd. VIII.	42 J. IX p.	3 Fehlgeb.	Ende des 7. Mon.	2mal Leibweh. Ut. wie im 9. Monat. Kindsbewegungen und Herztöne fehlen, keine Blutung.
33.	Saenger, Centralbl. f. Gyn. 1881.	20 J. I p.	—	3 Wochen vor Ende.	Plötzlicher Schmerz. Blutung, Spannung und Empfindlichkeit des Ut.
34.	Scanzoni, Lehrbuch d. Geburtsh. Bd. II.	20 J. I p.	—	—	Ein Teil d. vorder. Uteruswand wölbte sich plötzlich in Form einer mehr als kindskopfgrossen Gestalt hervor.
35.	Gräfe, Zeitschrift f. Geb. u. Gyn. Bd. XXIII, 1892.	? I p.	—	36. Woche.	Pat. hatte das Gefühl, als ob warme Flüssigkeit aus der Scheide floss, verlor aber kein Blut.
36.	Habit, Wiener med. Wochenschr. 1866.	30 J. XIII p.	Fehlerhafte Kindeslagen. Blutung in d. Geburt, Tiefstand der Placenta.	37. Woche.	Blutung nach aussen, dann Aufhören der Kindsbewegung. Zunahme d. Unterleibs, Schmerz im Oberbauch. Ut. bis zum Proc. xiphoid. hat mehr Kugelgestalt und die Grösse wie bei Zwillingen. Wandungen gespannt. Keine Herztöne, keine Kindsteile. Drang nach unten und das Gefühl, als ob der Leib auseinandergehen wollte.

Allgemeinsymptome	Therapeutische Massregeln	Ausgang für die Mutter	Ausgang für das Kind	Angenommene Aetiologie
Ohnmacht u. Gähnen, dann Collaps. Gesicht blass u. kühl, Augen matt, Puls selten, Atem klein und selten, Extrem. kühl.	Wein. Eis. Kaiserschnitt.	†	†	Brechdurchfall.
Ohnmacht, rasche hochgradige Anämie. Puls 160.	Blasenspr. mit feinem Troicart, langsam. Abfliessenlassen d. Fruchtwassers. Extraction durch Forceps, Expressio placentae.	?	† maceriert	Heftiges Erbrechen.
?	Extraction mit Zange.	?	?	?
?	?	?	?	Abnorme Kürze der Nabelschn.
Grosse Atemnot. Ohnmachtsanfälle. Unruhe, grosse Blässe. Puls klein u. frequent, Herzklopfen.	Aderlass wegen Befürchtg. d. Lungenödems. Blasensprung bei 1 Zoll weitem Mutterm. Manuelle Dilatation, dann Zange am hochstehenden Kopf. Eisumschläge, innerlich eine Lösung von Extract. hämostat. 5—6 Pfd. Blut folgten.	Lebend. Peritonitis u. Dysenterie im Puerperium überstanden.	†	Grosse Aufregung infolge heftiger Gemütsbeweg.

Lfd. №	Litteratur	Alter u. ? para	Verlauf der früh. Geb.	Zeit der Schwanger-schaft	Lokalsymptome
37.	Habit.	? XIV p.	1 Abort.; 1 mal wegen Verzögerung der Geburt. Beschleunigung durch den Hebel, 1 mal manuelle Placentarlösung	37. Woche	Blutung beim Urinieren, von da an keine Wehen. Dauernder spannender Schmerz im Unterleib. Kindsbewegung seit der Blutung geschwunden. Uterus höher stehend als dem Termin entsprechend, kugelig, sehr fest; keine Kindsteile, keine Herztöne.
38.	Pelz, Inaug.-Dissert. Berlin 1872.	28 J. III p.	?	Anfang X.	Plötzlicher Wasserabfluss und heftige Blutung.
39.	„	27 J. V p.	?	Ende des 9. Mon.	Plötzlicher Schmerz im Leib das Gefühl als ob derselbe über dem Nabel praller geworden sei. Zunahme der Schmerzen beim Holzsägen. Blutabgang. Uterus straff, empfindlich, keine Herztöne oder Kindsbewegungen
40.	„	24 J. I p.		8 Mon.	Seit dem Fall Stärkerwerden des Abdomens und Schmerzen. Blutabgang. Links oberhalb des Nabels eine 6 cm grosse Stelle, die über dem Uterus prominiert, sehr weich und eindrückbar ist. Stelle sehr empfindlich. Keine Herztöne.
41.	Weatherly, Brit. med. Journ. 1878.	34 J. ?	?	Ende	Nach dem Fall keine Kindesbewegungen. Blasensprung mit Blutabgang. Herztöne geschwunden. Bei der Wendung ist die Placenta lose, im Uterus daneben viel Blut.

Allgemeinsymptome	Therapeutische Massregeln	Ausgang für die Mutter	Ausgang für das Kind	Angenommene Aetiologie
Unruhe, Schwäche, Ohnmachten, Blässe, Puls schwach u. klein.	Blasensprung. Geburt spontan. Expression d. Plac. Der Geburt folgten grosse Mengen Blut.	Lebend. Wochenbett normal.	†	Schweres Heben.
?	Expression von grossen Blutcoagula und Cotyledonen nach der Geburt.	?	Lebend; 1 St. p. part. † infolge vorzeit. Atmens u. Aufnahme von Blut in d. Trachea.	?
Ohnmacht, Aufstossen. Blässe, Puls 150 und klein, Brechneigung, Durst, Kopfschmerz.	Tamponade: Stehen der Blutg. 2 mal Erneuerung des Tampons. Extraktion.	?	† Sectio: Pleur. exsud. sinistr. Erschgen. pleur. et pericard. extravasatio piae sin. Atelect. pulm.	Wg. Phthisis pulm. Stauungshyperämie in den Uterusgefässen
Übelkeit u. Brechen. Aufgeregtheit.	Kalte Umschläge, Acid. Halleri, Rükkenlage; da die Blutg. heftiger wird, Tamponade. Geburt spontan, Express. der Placenta. Sec. corn.	?	†	Fall von der Treppe.
Ohnmacht, Kälte, kein Puls, Brechen, Oedeme, Rückenschm. Urinbeschwerden.	Ergotin. Manuelle Dilatation, Wendg. der Extraktion.	†	†	„

Lfd. No.	Litteratur	Alter u. ? para	Verlauf der früh. Geb.	Zeit der Schwanger-schaft	Lokalsymptome
42.	Boldt, G., Inaug.-Diss. Berlin 1863.	? III p.	?	8 Mon.	Blutung nach aussen.
43.	Ingleby, Analekten f. Frauen-krankheiten. 1842. Bd. III.	? XI oder XII p.	?	9 Mon.	Geringer Blutabgang mit Schmerzen. Am Uterus eine spitze elastische Geschwulst. 5 Pfd. Blutverlust.
44.	Vogel, Inaug.-Dissert. Jena 1843.	42 J. III p.	1839 im 7. Monat. 1841 Abort.	9 Mon.	Blutabgang in Intervallen, Schmerzen. Kopfschmerz, keine Herztöne.
45.	Hermann, Ernest. Obst. Journ. of Gr. Brit. and Irl. 1880.	? Mul-tip.	?	Ende.	Ut. breit und hoch, keine Herztöne, Blutung, Nabel-schmerz, pulslos.
46.	Brunton, Obst. Journ. of Gr. Brit. and Irl. 1875.	26 J. IV p.	normal	„	Grosse Spannung und Blut-abgang.
47.	„	34 J. IV p.	?	„	Grosse Spannung im Leibe

Allgemeinsymptome	Therapeutische Massregeln	Ausgang für die Mutter	Ausgang für das Kind	Angenommene Aetiologie
Hochgradige Anämie, Puls klein und schwach, Zunahme des Collapses; Nase und Extr. kalt, Puls kaum zu fühlen, Unruhe.	Tamponade, Wein, Sec. corn. Colpeusynther. Transfusion v. Blut. Kaiserschnitt.	†	†	?
Abnahme d. Kräfte, Gähnen. Puls klein.	Blasensprung, Extraktion, Branntwein und Tct. sec. corn.	Lebend.	†	?
Puls klein, Haut blass, Brechen.	Tct. Opii croc. gtt. X. tgl. 13. Blasensprung, Sec. corn., Forceps und Extraktion.	„	† maceriert: Sectio: Sanguis inter dur. mat. et cranii, atelectace pulm. Trachea muco plena item ventriculum.	?
Collaps, Kälte, Gesicht blass. Puls kaum zu fühlen.	Einwickelungen, Cognac, „Carbonate of ammon“. Ergotin. Nach spontan. Blasensprung Einlegen von Barnes waterbags. Forceps erfolglos, Perforation und Extraction.	†	†	Fall.
Unruhe, ängstliches Benehmen, Puls kaum zu fühlen, Lippen bleich, Gefühl d. Erstickg.	Roborantien, Ergotin, Blasensprung, Geb. spontan.	Lebend.	†	Fall.
Wie vorher, dazu Ohnmacht.	Roborantien.	„	Lebend.	Verheben.

Lfd. №	Litteratur	Alter u. ? para	Verlauf der früh. Geb.	Zeit der Schwanger-schaft	Lokalsymptome
48.	Brunton. ibid.	19 J. I p.	—	Ende.	Blutabgang.
49.	„	26 J. IV p.	?	„	Heftiger Schmerz im Kreu d. Gefühl d. Loslösens im Lei u. d. Herabtropfens.
50.	„	32 J. V p.	?	„	Gefühl von Spannung. Blu abgang u. Abgang von Fruch wasser. Ut. weich und teigi
51.	Marburg J. No. 82, 1891.	28 J. I p.	—	34—35.	Kreissende kommt blutend a
52.	Brauns, Inaug. - Diss. Marburg 1893.	42 J. XIII p.	3 Aborte, sonst normal.	6 Mon.	Leib sehr prall. Blutabgan Abfluss von bräunlichem Fruchtwasser. Ut. sehr pra und hart, keine Kindesteil keine Herztöne.
53.	Grapow.	26 J. I p.	—	36. Woche.	Leib prall gespannt, bretthar
54.	v. Weiss.	28 J. II p.	1 Geburt Zange	Ende	Schmerz im Uterus, dies stark gespannt, Blutung.
55.	„	40 J. III p.	?	„	Abdomen gross, sehr em pfindlich, Uterus sehr gespann

Allgemeinsypmtome	Therapeutische Massregeln	Ausgang für die Mutter	Ausgang für das Kind	Angenommene Aetiologie
?	?	Lebend.	†	?
Blässe, Puls 120, chwäche, Erschöpung.	Analeptica, Morphium, Blasensprung. Manuelle Lösung der Plac.	„	†	?
Grosse Schwäche u. Kälte.	Express. d. Plac. und Blutklumpen Bandage um den Leib.	„	† Zeichen von länger. Tod.	Psych. Emotion.
Oedem d. Extr. Urin iweisshaltig.	Tampon von Jodoformgaze, hierauf starke Wehen,	Lebend. Im Wochenbett leichtes Fieber.	Lebt, aber sehr schwach. Nach kalten Übergiessungen kommt die Atmung in Gang. Nicht ausgetragen.	Schwangerschaftsniere.
Oedeme, Schwindel, Schwäche, im Urin Eiweiss.	Geburt spontan.	Lebend.	†	Nephritis.
Brechen, Übelkeit, Anämie, ängstlicher Blick, Puls 160, klein.	Forceps, nach d. Extraction 40⁰ige Injection in d. Ut. Jodoformgazentamponade, Analeptica u. Ergotin.	†	†	?
Oedem d. Gesichts. m Urin Eiweiss und Cylinder.	Blasensprung, Geburt spontan.	lebt	†	Schwangerschaftsniere.
Krämpfe, Bewusstseinsstörungen, Anämie, Puls sehr frequent, Urin Eiweiss.	Bad von 40⁰ C. Einpackungen, Craniotomie und Extraktion.	„	†	Schrumpfniere.

Lfd. Nr.	Litteratur	Alter u. ? para	Verlauf der früh. Geb.	Zeit der Schwanger-schaft	Lokalsymptome
56.	v. Weiss.	44 J. II p.	?	Ende.	Uterus stark gespannt, brett hart, Blutabgang.
57.	„	36 J. XI p.	normal	36. Woche	Uterus sehr schlaff. Blut abgang.
58.	„	41 J. V p.	?	40. Woche	Uterus sehr ausgedehnt, brett hart, gespannt. Blutabgang.
59.	„	30 J. V p.	3 Geburten normal, nach der letzten Herz- und Magen-krämpfe	15. Woche	Uterus sehr ausgedehnt. derb Blutabgang.
60.	„	28 J. III p.	normal	29. Woche	Blutabgang ex genitalibus.
61.	„	27 J. III p.	?	40. Woche	Blutabgang.
62.	J. Veit.	? III p.	?	28. Woche	Uterus schmerzhaft, an ihn eine deutlich vorgewölbte Stelle Schmerzen im Leib.
63.	Ahlfeld.	? II p.	?	40. Woche	Blutungen vor der Geburt
64.	Evertz.	26 J. I p.		25. Woche	Uterus sehr stark gespannt Blutabgang, Schmerzen im Leib

Allgemeinsymptome	Therapeutische Massregeln	Ausgang für die Mutter	Ausgang für das Kind	Angenommene Aetiologie
Blässe. Oedeme. Im rin Eiweiss.	Künstlich. Blasensprung. Analeptica, Craniotomie und Extraktion.	†	†	Nephritis.
Anämie, Ohnmacht., elirien.	Wendung auf den Fuss, permanenter Zug und Extraktion.	†	†	Schwangerschaftsniere.
Anämie, leichtes edem, Varicen.	Innere Wendung auf den Fuss und Extraktion, Analeptica.	†	†	Nephritis.
Anämie, während d. chwangerschaft öfter utung, Puls 120.	Dilatatio cervicis. Abtrennung des Halses und Entfernung der Frucht mit Schulzescher Löffelzange.	lebt	†	?
Übelkeit, Ohnmacht, nämie, Zuckungen, ls klein.	Blasensprung. Wegen Blutung p. part. Tamponade, Ut.-Massage, Analeptica, Laparotomie mit Amputatio uteri.	„	†	Myometritis u. Endometritis.
Vehenartige Schmern, Übelkeit, Brech., hnmacht.	Innere Wendung. Nach der Geburt d. Plac. Spülung, Tamponade, Ergotin, Massage, Analeptica.	†	†	Myometritis u. Endometritis.
Anämie.	Accouchement forcé.	lebt	†	?
Anämie.	Blasensprengung.	?	†	chronische Nephritis.
Anämie, im Urin weiss.	Geburt spontan.	lebt, im Wochenbett leichtes Fieber.	† Nabelschnur um d. Hals.	Nephritis.

Lfd. Nr.	Litteratur	Alter u. ? para	Verlauf der früh. Geb.	Zeit der Schwanger-schaft	Lokalsymptome
65.	Evertz.	36 J. VI p.	normal	40. Woche	Leib sehr stark gespann schmerzhaft, Blutung.
66.	Rombach.	36 J. VII p.	normal	28. Woche.	Uterus stark aufgetrieben gespannt, Blutabgang. kein Herztöne.
67.	Rousseau-Dumarcet.	? X p.	?	40. „	Leib sehr schmerzhaft. au getrieben, Blutabgang. Her töne und Kindesbewegunge fehlen.
68.	„	?	?	40. „	Blutabgang, weder Herztön noch Kindesbewegungen.
69.	„	? VIII J.	normal, 1 Wendung.	40. „	Uterus sehr stark ausgedehn gespannt u. schmerzhaft. Blu abgang, keine Herztöne, Fruc nicht zu fühlen.
70.	„	? Mul-tip.	?	Ende.	Blutung aus d. Genitalie
71.	„	?	?	„	„ „ „ „
72.	„	20 J. I p.	—	8. Mon.	Uterus sehr ausgedehnt u gespannt, schmerzhaft, kei Herztöne, Blutabgang.
73.	„	25 J. II p.	Blutung bei der ersten Geburt.	32. Woche.	Starke Blutung, Uterus au gedehnt, sehr hart u. gespan keine Herztöne und Kindestei

Allgemeinsymptome	Therapeutische Massregeln	Ausgang für die Mutter	Ausgang für das Kind	Angenommene Aetiologie
Grosse Schwäche, lässe, Puls 120.	Geburt spontan.	lebt, im Wochenbett Blasenkatarrh und Thrombose d. Vena saphena.	†	?
Anämie, Blässe, belkeit, Brechen, Puls equent 104.	Tamponade, Analeptica, Blasensprung, Extraction des Kindes.	lebt	†	?
Blässe, Anämie, clampsie, im Urin weis,	Blasensprung, Aetherinjectionen, Geburt spontan.	†	†	Nephritis.
Anämie, Blässe, ine Oedeme, im rin viel Eiweiss.	Blasensprengung, heisse Scheidenspülung, Geburt spontan.	Lebt, Wochenbett normal.	†	„
Sehr blass, anämisch, Urin viel Eiweiss.	Heisse Scheidenspülung, spontane Geburt.	lebt	†	„
Blässe, Erschöpfung, clampsie, Puls 140, rin mit Eiweiss.	Blasensprengung, Analeptica, Geburt spontan.	†	†	„
Blässe, keine Oede-e, im Urin Eiweiss.	Heisse Scheidenspülung, Blasensprengung, in der Nachgeburtsperiode nochmals heisse Scheidenspülung.	Lebend, Wochenbett normal.	†	„
Anämie, Oedeme, Urin Eiweiss.	Blasensprengung, Geburt spontan.	Lebt, Wochenbett normal.	†	„
Anämie, grosse Erhöpfung, im Urin iweiss.	Analeptica, Colpensynter, heisse Scheidenspülung.	†	†	„

Lfd. №	Litteratur	Alter u. ? para	Verlauf der früh. Geb.	Zeit der Schwanger-schaft	Lokalsymptome
74.	Rousseau-Dumarcet.	32 J. VII p.	5 Totgeburten, 1 lebt.	26. Woche	Uterus gespannt und seh schmerzhaft, dazu grosser Blu verlust.
75.	„	? V p.	3 lebende, 2 tote Kinder.	25. „	Schmerzen im Abdomen Uterus, letzterer sehr hart un gespannt. Frucht nicht z palpieren, keine Herztöne, kei Blutabgang.
76.	„	? XI p.	?	33. „	Starke Schmerzen im ge spannten, brettharten Uteru Blutung nach aussen.
77.	„	? Multip.	?	32. „	Keine Herztöne, Uterus au gedehnt, Blutung.

Allgemeinsymptome	Therapeutische Massregeln	Ausgang für die Mutter	Ausgang für das Kind	Angenommene Aetiologie
Anämie, Schwäche, Blässe, kleiner Puls, im Urin Eiweiss.	Blasensprengung,	lebt	†	Nephritis.
Mattigkeit, Oedeme der Beine, Schmerzen im Leib, im Urin Eiweiss.	Embryotomie.	„	†	„
Grosse Anämie.	Tamponade.	†	†	Kürze der Nabelschnur
Anämie.	Blasensprung u. Tamponade,	†	†	Kürze der Nabelschnur

Am Schluss meiner Arbeit habe ich noch die angenehme Pflicht zu erfüllen, Herrn Prof. Dr. Bumm für die gütige Überlassung der Arbeit und für die liebenswürdige Anregung meinen ehrerbietigsten Dank auszusprechen.

Litteraturverzeichnis.

v. Guérard: Die vorzeitige Lösung der normal sitzenden Placenta am Ende der Schwangerschaft. Monatsschrift für Geburtsh. und Gynäk. 1900 S. 619–626.

K. Heil: Vorzeitige Lösung der normal sitzenden Placenta. Deutsche Praxis 1900.

Nijhoff: Warum löst sich unter normalen Verhältnissen die Placenta erst nach der Geburt des Kindes. Verhandl. der deutsch. Gesellsch. f. Gynäk. 1901.

Baumm: Die Lösung des Mutterkuchens. Verhandl. der deutsch. Gesellsch. f. Gynäk. 1899.

Gottschalk: Die vorzeitige Lösung der Placenta. Zeitschr. f. Geburtshilfe u. Gyn. 1897. Bd. 36.

Holmes, R. W.: Ablatio placentae. The Amer. Journ. of Obstetr. Dec. Vol. 44 Nr. 6 1901.

Ansaloni: Hémorrhagie par décollement du placenta normalement inséré avant le travail. Tourreine med. 15 Juin 1901.

Cumston, Ch. G.: Premature separation of the Placenta. Ann. of Gyn. and Ped. Boston Vol. XII. 1900.

Fieux: Hémorrhagies par décollement du placenta normalement inséré. Ann. de Gyn. et d'Obstetr. Paris Tom. 53 1900.

Loorich, J.: Ein Fall von frühzeitiger Ablösung einer an normaler Stelle inserierenden Placenta. Der Frauenarzt 1900.

Winter: Zur Lehre von der vorzeitigen Placentarlösung. Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gyn. 1885 Bd. XI.

v. Weiss: Über vorzeitige Lösung der normal sitzenden Placenta. Arch. f. Gynäk. 1894 Bd. 46.

Brauns: Ueber vorzeitige Lösung der Placenta. Dissert. inaug. Marburg 1893.

Bué: Premature separation of the Placenta. Arch. de Tocol. 1894 Nr. 7. Amer. Journ. of Obstetr. 1894 Bd. XXX.

Maslowsky: Zur Aetiologie der vorzeitigen Ablösung der Placenta. Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynäk. 1896 Bd. IV.

Rousseau-Dumarcet: Ueber vorzeitige Lösung der normal sitzenden Placenta. Thèse de Paris. 1892.

Rombach: Die Lösung der normal sitzenden Placenta während der Schwangerschaft. Dissert. Leiden 1894.

Fehling: Über habituelles Absterben der Frucht. Centralbl. f. Gyn. 1885.

Wiedow: Albuminurie und Placentarerkrankung. Arch. f. Gyn. 1887. Bd. XXXI.

Meyer, H.: Die vorzeitige Lösung der Placenta vom normalen Sitz. Korresp. Blatt für schweiz. Ärzte Basel 1891.

Ferri: Un caso di distacco di placenta normalmente inserta in gravidanza. Giornale per le Levatrici 1892.

Gräfe, M.: Über vorzeitige Lösung der Placenta bei normalem Sitz. Zeitschr. f. Geburtsh. und Gyn. Bd. 23.

Grapow: Vorzeitige Lösung der Placenta. Centralbl. für Gyn. 1892.

Marsh: Cases of haemorrhage from the normally implanted placenta. The N. Y. Med. J. Vol. 56 1892.

Maggrier: Décollement prématuré du placeuta normalement inséré. Bull. et mém. soc. obstr. et gyn. Paris 1892.

Schrader: Vorzeitige Lösung der Placenta. Centralbl. f. Gyn. 1892.

Nyhoff, G. C.: Loslating van de normal inserierten Placenta gedurende de Zwangerschap. Nederlandsch Tydsch. v. Verlock e. Gyn. 5. Jausg.

v. Woerz: Vorzeitige Lösung der Placenta. Geb. gyn. Gesellsch. zu Wien 12. März 1892.

Thierry: Décollement prématuré du placenta normalement inséré. Ann. de Gyn. et d'Obst. Paris Tom 51. 1899.

Lowrich: Render helyen tapadó lepény idóelótti levá hásának esete. Orvosi Hetslap Nr. 30. 1899.

Meyer, L.: For tidlig Lösning af den paa normals Sted insereereed Placenta. Bibliothek for Layer 1898.

Bennet: Hémorrhagie par décollement prématuré du placenta. Amer. Journ. of Obst. Mai 1897.

Evertz, J. Th.: De ontydige loslating van de normal gelegen placenta. Dissert. inaug. Leiden.

Ocker, C.: Über vorzeitige Placentarlösung. Inaug. Dissert. Berlin 1892.

Dietel: Über vorzeitige Placentarlösung. Centralbl. f. Gyn. 1896.

Bumm: Lehrbuch der Geburtshilfe.

Olshausen-Veit: Lehrbuch der Geburtshilfe.

Ahlfeld: Grundriss der Geburtshilfe.

Müller: Handbuch der Geburtshilfe.